

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

POUR LE

N^o 572

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michel ROUSSEAU

Ancien interne de l'Hôpital central des Prisons de la Seine.

Né le 25 juillet 1912 à Montluçon, (Allier).

**Ulcère Chronique d'Estomac
chez l'Enfant
(jusqu'à 15 ans)**

Président : M. M. LOEPER, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Michel ROUSSEAUX

Ancien interne de l'Hôpital central des Prisons de la Seine.

Né le 25 juillet 1912 à Montluçon, (Allier).

**Ulcère Chronique d'Estomac
chez l'Enfant
(jusqu'à 15 ans)**

Président : M. M. LOEPER, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	L'AIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIER.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHÉRY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.

MM.	
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
CHIRAY.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT.	}
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
HEITZ-BOYER.	
MOURE.	
QUÉNU.	
SCHWARTZ.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	
LEDoux-LEBARD	
PHILIBERT, agrégé	
RUPPE	
WEIL-HALLÉ	

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR CHARLES ROUSSEAUX

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Croix de Guerre.

Auquel je dois tout.

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui fut l'Ami de mon père et m'a toujours
suivi dans mes études.*

*En hommage de profonde admiration de
gratitude et de respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOULD

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-François.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui en mémoire de l'amitié qu'il portait
à mon père m'a guidé depuis mes débuts.
Faible témoignage de mon affection et
hommage de respectueuse reconnaissance,
pour les marques de sympathie, l'aide si
efficace, et les conseils qu'il n'a cessés de
me prodiguer au cours de mes études mé-
dicales.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS
MEUVRET ET THOUVENEL

Médecins de l'Hôpital des Prisons de la Seine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD

Chirurgien honoraire de l'Hôpital des Prisons de la Seine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUBIN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Chirurgien de la maison des gardiens de la Paix.
Chirurgiens de l'Hôpital des Prisons de la Seine.

*En témoignage de reconnaissance pour
la bienveillance qu'ils n'ont cessé de me
prouver lorsque je fus interne dans leurs
services.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LHUERRE

Témoignage de respectueuse sympathie.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

*Auxquels va toute ma gratitude pour
leurs leçons et leur dévouement.*

INTRODUCTION

Que l'on nous permette avant d'aborder ce sujet, d'adresser à Monsieur le Professeur LOEPER, l'expression de notre respectueuse gratitude pour avoir bien voulu nous guider dans ce travail et nous avoir toujours témoigné en cette circonstance comme en toute autre le plus bienveillant intérêt.

C'est parce que l'on considère généralement la découverte de l'Ulcère chronique de l'Estomac chez l'enfant comme extrêmement rare, que nous avons pensé qu'il y aurait quelque intérêt à en reprendre l'étude, complétant en ceci la thèse du Docteur LASNER, publiée en 1908-1909, sur ce sujet.

Il semblerait du reste à l'Etude se dégager l'idée, que l'on ne se trouve peut-être pas en face de cas véritablement exceptionnels, mais plutôt devant une difficulté de symptomatologie clinique amenant des erreurs de diagnostic.

C'est pour cela que nous nous sommes efforcés de grouper quelques observations, de les discuter et d'essayer de signaler les particularités qui pourraient s'en dégager.

Le Docteur WALTER HIRSCH de Berlin, dans son étude sur l'Ulcère chez l'enfant, nous dit :

« Un ulcère de l'estomac chez les enfants âgés

(adolescents) est si rarement décrit dans les livres d'Etudes classiques sur la médecine infantile, qu'il ne vient guère à l'esprit de diagnostiquer cette maladie ».

L'ulcère passe le plus souvent inaperçu chez l'enfant, et sa découverte n'est que l'effet du hasard. Il provoque, en effet, des douleurs très vagues, qui ne se différencient guère des symptômes d'une névrose de l'estomac, et que seuls les médecins d'enfants très expérimentés, savent diagnostiquer. L'expérience de ces derniers temps prouve qu'une telle conception peut conduire à de graves erreurs de diagnostic, car s'il est exact, comme nous le montrerons dans les observations que l'ulcère chez le nourrisson, du fait de son extrême rareté, et des caractères frustrés de sa symptomatologie, est une affection difficilement diagnosticable; par contre, chez le jeune enfant, en analysant soigneusement les origines du mal et en utilisant l'examen radiologique, on constate qu'il est facile de surmonter l'extrême difficulté de diagnostic, car les phénomènes cliniques correspondent tout à fait à ceux que l'on remarque chez les adultes.

Nous espérons donc que cette étude apportera une contribution si minime soit elle à la découverte si intéressante de l'Ulcère chronique de l'estomac chez l'enfant et de ce fait à son traitement.

HISTORIQUE

Si nous reprenons l'historique de cette étude nous nous apercevons que parmi les auteurs qui se sont prononcés en faveur de l'existence de l'Ulcère chronique de l'Estomac chez l'enfant, le premier cas qui semble avoir été publié le fut par RUTZ en 1843, dans la Gazette médicale, citée du reste plus tard par RILLET et BARTHEZ. Ces derniers publient également dans leur traité des maladies de l'Enfance une observation de DONNÉ chez une petite fille de 3 ans qui mourut à la suite d'une perforation ulcéreuse.

En 1865, VERLIOE présente à la Société anatomique de Paris, l'estomac d'un garçon malade depuis 2 ans, et qui, atteint d'une sténose pylorique par cicatrice d'Ulcère était mort d'une rupture stomacale.

En 1882, nous relatons les observations de REINES et de CHVOSTECK.

En 1883, celle de WERTHEIMER est la première qui relate une guérison.

Dans la Revue mensuelle des maladies de l'Enfance CADE fait en 1898 à l'occasion d'un cas d'Ulcère gastrique chez un enfant de 2 mois, la bibliographie des Ulcères de toutes natures de l'estomac et du duodenum chez l'Enfant.

Enfin, de 1898 à 1909, plusieurs observations ont

paru en Allemagne et en France, en 1912, F. ARLOING dans sa thèse de Lyon 1902-03.

KAUFMANN, Ulcère gastrique dans l'Enfance, BERTHOLD, à Londres.

En Amérique, COLJAN, CUTLER, ADLER, et en Australie LEARY.

A ce moment paraît en France 1909 la thèse de M. LASNIER qui fait le point au milieu de ces différentes observations.

Depuis 1909, nous relevons TWEED qui en 1916 publie l'observation d'une perforation d'Ulcère chez une fille de 15 ans.

Par la suite, les travaux et les observations se multiplient. Nous relevons les noms du D^r AND V. BORANY en (1922), MARFAN (1923), HALLOPEAU (1923); PROTOR (1925), P. AUSS (1926), STURTEVANTS (1926), ROBINSON (1927), NIXON FRASC (1927).

En 1930, Monsieur de TONI dans ses (Archives Italiennes de chirurgie) apporte des observations et des remarques judicieuses sur différents cas d'Ulcère chronique observés chez les enfants. Que l'on nous permette, ici, de lui adresser nos remerciements pour l'extrême bienveillance qu'il nous a témoigné lors de nos travaux.

En 1930 également, l'ouvrage de « NADJE SAIK (contribution à l'étude des hémorragies intestinales au cours de la première Enfance).

En 1932, nous relevons la très belle étude de MM. GUTMANN, BLECHMANN et NENOURS, qui présentent à la Société de Pédiatrie l'observation d'un nourris-

son atteint d'Ulcère gastrique et dont la Radiologie permet de confirmer le diagnostic et de suivre l'évolution sur la face pylorique.

Nous retrouvons ensuite les observations très documentées de Michaël OLDFIELD, de H FOSHER, de H. ROCHER, de LARGET, LAMARRE et WEILL.

En 1934, DEPERRIS, élève de H. ROCHER, fait sa thèse à Bordeaux sur ce sujet.

En 1934, deux articles fort intéressants ont été publiés. L'un intitulé « Processus ulcéreux dans le Tractus Gastro Intestinal ». Article KLEINSCHMAT (in Handhuch der Kinderheilk. Pfaaundler et Schlosmann T. III p. 314-315.

Et Ulcère rond de l'estomac article PACCHIMI D. et ROSSELLE R. JEMSA et COMBA, T. I p. 401-402.

Tout ceci ne constitue d'ailleurs que le très faible pourcentage accordé à l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant. Nombreux sont les auteurs qui n'ont jamais eu l'occasion de l'observer; d'aucuns même n'en soupçonnaient pas l'existence. Nous avons envoyé, en effet, au cours de notre travail personnel, un certain nombre de lettres aux pédiatres et spécialistes les plus en renom, tant en France qu'à l'étranger. A nos demandes de renseignements, à ce sujet, nous avons reçu grand nombre de réponses négatives de :

Monsieur le Professeur NOBÉCOURT, de Paris.

Monsieur le Professeur LEREBoullet, de Paris.

Monsieur le Professeur OMBRÉDANNE, de Paris.

Monsieur le Docteur HUBER, de Paris.

Monsieur le Docteur AUROUSSEAU, de Paris.
Monsieur le Professeur MORS, à Heidelberg.
Monsieur le Docteur BOISSONAS, à Genève.
Monsieur le Docteur ANDRIEU, à Montpellier.
Monsieur le Docteur BALLEYDIER, Grenoble.
Monsieur le Docteur LEEHENARDT, à Montpellier.
Monsieur le Docteur LASSERRE, à Toulouse.
Monsieur le Docteur BOUCHER, à Grenoble.
Monsieur le Docteur ADDEMARD, à Lyon.
Monsieur le Docteur CUVIGNY, à Bruxelles.
Monsieur le Docteur PEARSON, à Londres.
Monsieur le Docteur GAVOIS, à Paris.
Monsieur le Professeur SPALVIRINI, à Rome.
Monsieur le Professeur MAGALHAES, à Recife.
Monsieur le Docteur MOPPERT, à Genève.
Monsieur le Professeur ASSMANN, à Konisgberg.
M. le Professeur ROHMER, à Strasbourg.

lesquels dans leur carrière médicale n'ont jamais diagnostiqué un seul cas d'Ulcère de l'estomac chez l'enfant.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance pour l'empressement qu'ils ont mis à nous répondre.

CHAPITRE I

ETIOLOGIE

C'est donc à sa grande rareté que la question d'ulcère d'estomac chez l'enfant doit de présenter son intérêt et c'est pour cela qu'il serait souhaitable que l'on puisse publier chaque cas reconnu comme tel.

En 1925, PROCTOR fit une étude claire de l'ulcère chronique chez les enfants et il réunit tous les cas que l'on connaissait alors et qui avaient été publiés. Onze de ceux-ci étaient des ulcères d'estomac. Ajoutons-leurs un cas examiné par l'auteur lui-même et cela porte à 12 le nombre enregistré par la littérature de cette époque, chez des enfants de moins de 14 ans.

Depuis, il semblerait que l'attention ait été plus attirée vers cette question, sans que nous puissions cependant retrouver une étude exclusive sur ce sujet; car généralement en effet, les cas sont publiés avec des articles qui traitent en même temps de l'ulcère duodénal.

Nous en expliquerons plus loin la cause.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons dire à l'heure actuelle que le nombre d'observations d'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant, reconnu comme tel et rigoureusement contrôlé, ne dépasse pas une tren-

taine. Nous sommes du reste persuadés que la faible quotité de ce pourcentage par rapport à celui de l'ulcère chez l'adulte, n'est dû qu'aux difficultés de diagnostic et à ce qu'on ne pense ordinairement pas à cette affection; étant donné le grand nombre de malades qui se présentent à l'examen entre 28 et 30 ans avec une histoire clinique qui remonte à 15 ou 16 ans en arrière.

Nous tenons à préciser tout d'abord une différence fondamentale qui dans les publications relatives à la médecine des enfants et dans les statistiques d'anatomie pathologique est souvent perdue de vue.

Notre étude en effet est consacrée exclusivement à l'ulcération introduite par CRUVEILHIER dans la pathologie médicale, sous le nom d'Ulcère « Simplex Rotundum » le vrai ulcère d'estomac chronique — cet ulcère est toujours primaire et on le considérerait comme extrêmement rare chez l'enfant. Par contre, l'ulcère chez le nourrisson dont nous devons la première et classique description à Helemholz, peut à la vérité se présenter à l'état aigu ou chronique mais il est secondaire.

Nous ne voulons pas entamer ici, une discussion sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère aigu du nourrisson ou de l'enfant, qui nous entraînerait trop loin de notre véritable sujet et cependant les opinions antérieurement formulées nous conduisent à résoudre les deux questions suivantes.

1° Existe-t-il un ulcère primaire c'est-à-dire chronique chez le nourrisson ?

2° Les ulcères chroniques du jeune enfant, et surtout de l'enfant plus âgé, proviennent-ils complètement ou en partie de ce qui était l'apanage du nourrisson, c'est-à-dire de l'ulcère aigu ?

Nous répondrons à la première de ces questions par la publication d'une observation d'ulcère du pylore chez un nourrisson de 8 mois (MM. A. GUTMAN, BLECHMANN et René NEMOURS, le Nourrisson 1932).

Quant à la seconde, nous l'envisagerons par la suite sans pouvoir conclure par une affirmative absolue.

Ceci étant posé, nous pouvons aborder directement les données étiologiques du sujet en envisageant la statistique des cas constatés. L'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant constitue d'après VON CACKOVIC environ 1 % de tous les cas d'ulcères. Sa fréquence augmente essentiellement après la puberté, mais il n'y a pas de doute que l'on retrouve antérieurement des symptômes qui peuvent être rapportés aux premières années de l'enfance.

Un examen des communications faites ces 25 dernières années montre au surplus que l'opinion tendant à prouver que les jeunes filles seraient plus souvent touchées que les garçons n'est pas confirmée par nos recherches et nos observations. Il semble au contraire que dans l'enfance le pourcentage est sensiblement égal pour les deux sexes.

Il en est de même en ce qui concerne l'élément familial et social. Nous ne retrouvons pas comme facteur favorisant cet état de misère physiologique dont

souffraient certaines classes de la société, et nos observations sont prises aussi bien dans les milieux aisés que dans les milieux pauvres.

Tout ceci détruit dans un certain sens cette idée d'une influence prépondérante de l'anémie et de la chlorose, qui donnaient la raison d'être de l'ulcère à cette période de la vie.

Tenons nous en plutôt à l'opinion émise par M. HAYEM à savoir que l'ulcère n'est pas plus fréquent chez les chlorotiques hyperchlorydriques que chez les chlorotiques qui ne présentent pas cette anomalie de la sécrétion gastrique. Il est plus juste, croyons nous, de penser que la chlorose que l'on retrouve, n'est pas une cause de l'ulcère, mais plutôt une conséquence de l'anémie qui résulte de cette affection.

Les autres causes que l'on a invoquées pour expliquer le développement de l'ulcère de l'estomac sont celles qui ont été énumérées à propos des ulcérations aiguës : traumatisme, infection, ingestion de substances irritantes ou caustiques. Mais ces ulcérations aiguës si elles ne provoquent pas d'accident immédiat (perforation ou hémorragie) guérissent rapidement et nous ignorons pourquoi l'ulcère prend parfois une évolution lente et progressive.

Bien qu'il semblerait que l'hyperchlorydrie soit plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, sa présence étant même contestée par certains auteurs, nous croyons cependant qu'elle existe et que l'ulcère se développe dans tous les points où cette sécrétion gastrique peut attaquer la paroi digestive de l'estomac.

Quel en est le mécanisme chez l'enfant ?

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Il ne peut être question de donner dans cette étude une description de tous les travaux multiples et très remarquables, anatomo-pathologiques et cliniques qui ont eu lieu sur la formation et le développement de l'ulcère de CRUVEILHIER, mais plutôt d'essayer de les appliquer à l'enfant.

Nous nous orientons vers la théorie de VIRCHOW d'après laquelle une occlusion des artères de l'estomac doit conduire comme le dit BERGMANN à un « Ischâmischen Infarkt », le caractère acide du suc gastrique sortant de « l'Infarkt » provoque un ulcère simple comme avec un poinçon.

Quelles sont les causes chez le jeune enfant de cette occlusion des artères de l'estomac ?

KLENINSCHMITT dans « H. Ulceröse prozesse in Mayen dartraktes » veut voir la cause des érosions exclusivement dans les hémorragies de la muqueuse et cherche à les expliquer par des troubles circulatoires (asphyxie des nouveaux nés), des troubles méningés traumatiques (acte de vomissement), ou des processus thrombotiques et emboliques (en relation avec des thromboses de la veine ombilicale).

BENEKE, dans beaucoup de cas, ne trouve pas d'hémorragie et à sa place constate de la nécrose ischémique. Il y aurait alors compression de la muqueuse par le foie et la vésicule biliaire fortement remplie, contre la tête du pancréas; laquelle tête à cause de la colonne vertébrale placée au-dessous d'elle ne peut échapper à cette compression. L'anémie, ainsi engendrée dans les parties de la muqueuse comprimée, serait, par le remplissage sanguin des organes abdominaux au moment de la naissance, changée en une Hyperhémie conduisant à une hémorragie. Cette hypothèse, à notre avis, si elle peut avoir force de loi en ce qui concerne le duodénum ne saurait se confirmer pour l'estomac dont les dispositions anatomiques sont différentes

Un autre facteur intervient aussi dans la pathogénie de l'ulcère pour expliquer son évolution. C'est le spasme du pylore, qui chez l'enfant, de même que chez l'adulte, se retrouve comme élément de la triade de Doyen : sténose du pylore, hyperacidité et ulcère. Ce qui semble certain c'est que ce spasme joue un rôle dans la persistance de l'ulcère de l'estomac. Il intervient peut-être en prolongeant le séjour sur la muqueuse gastrique d'un suc gastrique hyperacide. Il est probablement provoqué par réflexe et résulte des excitations qui portent sur la surface de l'ulcération. C'est la principale cause de chronicité pour l'ulcère simple de l'estomac.

Enfin, nous estimons de notre devoir d'exposer ici un aperçu des études de Monsieur de TONI et d'envi-

sager la possibilité de rapports directs ou indirects entre la pathologie du système nerveux central et la genèse des ulcères gastriques.

Nous ne reprendrons pas l'ensemble statistique des travaux qui ont été consacrés à cette étude mais nous ne pouvons passer sous silence le célèbre travail de CUSHING dans lequel nous relevons le cas suivant.

« Un enfant âgé de 10 ans, définitivement opéré d'un néoplasme cérébelleux moyen, mourut deux ans après par récurrence. A l'autopsie, on fut surpris de trouver une ulcération gastrique avec des marques existantes de cicatrisation initiale. »

La contribution expérimentale apportée par M. CUSHING est tout à fait exceptionnelle, puisque la plus grande partie de ses observations sont accompagnées d'une étude approfondie anatomo-pathologique. Ajoutons qu'en conclusion de son étude, l'auteur retient l'hypothèse que les syndromes ulcéreux ont été exclusivement déchainés par une irritation des centres végétatifs encéphaliques.

Si nous allons des études des pathologues à celles qui ont un caractère purement clinique, abstraction faite de certains auteurs anciens qui avaient admis l'existence de rapports entre l'ulcère gastrique et l'hystérie, nous arrivons aux études de EPINGER HESS et de BERGMANN en Allemagne, ainsi qu'à celles de SCHIASSI en Italie.

A vrai dire, les Allemands ne s'occupèrent qu'en passant des rapports entre l'ulcère gastrique et la vagotonie et même ils niaient que cette dernière put

prédisposer à la première. Toutefois, ayant pu démontrer que divers troubles des fonctions gastriques dépendent d'une sensibilité exagérée du vague, s'améliorant par la cure atropinique, il était naturel que l'attention des spécialistes fut appelée à la recherche plus fréquente et plus particulière des relations entre les troubles de l'inervation gastrique et les processus ulcératifs gastriques.

BERGMANN à la suite de ses différentes observations considère comme les stigmates d'un système nerveux spécial et trop réactif quelques symptômes, notamment : l'exophtalmie, le dermographisme rouge et d'autres nombreux troubles vaso-moteurs. La vagotonie donnerait lieu à des convulsions lesquelles engendreraient un « *Locus minoris resistentiae* » duquel dérivent des érosions et des hypersécrétions gastriques.

Nous retombons dans la théorie de VIRCHOW.

En résumé, que la disharmonie du système nerveux constitue une cause prédisposante pour l'ulcère.

ROSSLE presque en même temps que BERGMANN retient aussi la fréquence, en clinique, de symptômes de vagotonie chez les ulcéreux. D'après sa façon de voir, lorsque pour une cause quelconque, le vague se trouve dans un état d'abusives excitation, l'on a des convulsions des couches musculuses et muqueuses d'où dérive l'ischémie et en dernier lieu l'ulcère.

Toutes ces données anatomo-physiologiques et cliniques ont été du reste contrôlées expérimentalement par le Docteur SCHIFF dont certaines expériences

sont restées célèbres, et qui prouvent que sur les animaux, les lésions du thalamus optique ainsi que des pédoncules provoquent souvent des phénomènes perforatifs de la paroi gastrique.

C'est l'ensemble de ces travaux que Monsieur de TONI a repris dans une très belle étude « Sulla Possibilita di una correlazione patogenetica tra le affezioni meningee acute di lattanti e le ulcerazioni gastro duodenal » à laquelle il ajoute trois cas personnels.

Ses conclusions qui seront les nôtres pour résumer cet exposé pathogénique de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant sont, que le fait d'observer des manifestations si disparâtes, telles que les Phlogoses méningiennes et les ulcérations gastro duodénales sur un même sujet, ne constitue pas une simple coïncidence mais est bien le fait d'une corrélation pathogénique.

Ce que nous n'avons pu élucider, c'est de savoir, comme nous l'avons déjà exposé, si l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant provient complètement ou en partie de l'ulcère aigu.

A part ces hypothèses, nous retombons dans le cycle des idées émises couramment parmi lesquelles le rôle des infections semble diversement interprété : Pour POTTES, il se trouve souvent dans l'anamnèse des infections graves : thyphoïde, rougeole prolongée, scarlatine avec néphrite chronique, amygdalites à répétition. THEILE a également insisté sur le rôle de la néphrite chronique; l'hérédo-syphilis a pu être invoquée dans certains cas (MARTINEZ).

Il en est de même en ce qui concerne l'hérédité et de nombreux auteurs ont retrouvé l'existence d'un ulcère de l'estomac chez l'un des ascendants directs.

Certaines causes adjuvantes qu'il est classique de citer dans la pathogénie de l'ulcère de l'adulte font évidemment totalement défaut : tabac ou alcool par exemple. Ainsi d'ailleurs que le mode d'alimentation qui ne paraît pas en cause : l'ulcère survenant aussi bien chez des enfants nourris au sein, ainsi que chez ceux qui ont été élevés au lait artificiel.

Tels sont les différents modes de production de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant, dont la pathogénie reste aussi obscure que chez l'adulte.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En ce qui concerne l'anatomie pathologique proprement dite, bien peu d'auteurs se sont vraiment penchés sur les données de ce dernier problème. Sans doute, au cours des autopsies, des fragments de la muqueuse gastrique ont été envoyés au laboratoire, mais là encore, se retrouve l'intrication continuelle de l'ulcère aigu et de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant.

Nous avons pu cependant au cours de nos observations réunir les données suivantes.

L'ulcère siège à tous les points de l'estomac, bien que cependant sa localisation sur la région pylorique ne soit pas relevée aussi fréquemment que chez l'adulte. Le plus souvent, il est unique, de forme nettement arrondie ou ovalaire, et qui a envahi comme à l'emporte-pièce, et successivement, les différentes tuniques de l'estomac, d'où l'aspect classique en escalier des bords de l'ulcère.

Le fonds peut être bien détergé, ou montrer au contraire des débris sphacellés et un ou plusieurs vaisseaux mis à nu ou ulcérés. Si l'ulcère est en voie de cicatrisation, le fond est couvert de

bourgeons charnus. Il ressemble au contraire à une cicatrice fibreuse dans les ulcères anciens.

Enfin, on peut aussi trouver à l'autopsie une perforation complète de l'estomac et des lésions de péritonite consécutive. Souvent il existe de la périgastrite.

Au microscope, l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant se caractérise par l'absence de détails histologiques. C'est, semble-t-il, une perte de substance par nécrose et rien de plus. Dans le voisinage de l'ulcère, on note cependant un peu d'infiltration embryonnaire mais les culs-de-sacs glandulaires sont conservés normalement. Les autres tuniques sont également un peu infiltrées, mais peu malades et taillées comme l'emporte-pièce de l'ulcération.

Le fonds de l'ulcère montre suivant sa profondeur tantôt du tissu cellulaire, tantôt des fibres musculaires ou même la séreuse qui seule a résisté. Il peut y avoir aussi perforation complète. On trouve des bourgeons embryonnaires dans la période de réparation et de la sclérose dans les cas anciens.

Voici ce que nous avons pu recueillir sur l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant.

Que l'on veuille bien considérer qu'elle est sensiblement la même que chez l'adulte.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

En règle générale, un organisme jeune réagit plus vivement. Il semble cependant ne pas en être ainsi en ce qui concerne l'ulcère de CRUVEILHIER, qui maladie locale et chronique, revêt le plus souvent, dans sa forme infantile, les aspects les moins caractéristiques.

Peut-être doit-on en rechercher la raison dans sa rareté chez l'enfant. Peut-être aussi une cause physiologique en serait-elle à l'origine : l'enfant souffrirait et vomirait moins parce que sa muqueuse gastrique secrète en petite quantité l'acide chlorydrique et parce qu'il évacue plus rapidement dans son duodénum les produits de la digestion stomacale.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de l'ulcère chronique d'estomac semble suivre chez l'enfant la règle commune de toutes les affections pathologiques infantiles. C'est-à-dire qu'elle est en grande partie fonction de l'âge, prenant une signification plus précise chez l'enfant plus âgé.

Elle n'en est pas moins malgré tout très inconstante, le diagnostic n'étant fait souvent qu'à l'autopsie, après la constatation clinique d'une perforation que rien n'explique.

La douleur.

Elle est imprécise, essentiellement variable, mais malgré tout, à peu près constante dans la grosse majorité des cas, sauf dans les observations de nourrissons, où on ne la retrouve pas, en dehors des cas de sténose ou de perforation. Elle ne revêt presque jamais le type aigu. Il s'agit en général d'une douleur sourde, qui apparaît quelquefois avant, le plus souvent après les repas; siégeant dans l'épigastre, à 2 cm. à gauche de la ligne médiane, à type généralement de crampes d'estomac, amenant dans quelques cas une attitude spéciale de l'enfant, qui se plie en deux.

Mais cependant, dans l'observation apportée par OSPILD, elle prend nettement le caractère intense, excruciant, avec sensation de plaie vive, constituant le véritable accès cardialgique que l'on rencontre chez l'adulte. Il est vrai qu'il s'agissait d'un enfant de 13 ans, chez lequel elle était si forte, qu'elle le réveillait.

La localisation est parfois très difficile à préciser surtout chez les jeunes enfants, qui se plaignent d'avoir mal dans tout l'abdomen, ce qui contribue évidemment à égarer le diagnostic. Notons cependant que les enfants plus âgés indiquent en général la région épigastrique dans laquelle à l'examen physique comme chez l'adulte, on peut retrouver un point sensible.

On ne retrouve pas de symptômes de faim doulou-

reuse, par contre cette douleur est calmée comme classiquement par l'absorption d'aliments ou d'alcalins.

Parfois, au lieu d'être calmée par l'ingestion d'aliments, des douleurs précoces apparaissent aussitôt après l'absorption de la nourriture, elles peuvent devenir tellement fortes que le malade appréhende chaque fois qu'il doit prendre un repas.

Les irradiations à distance et en général le point spinal donnant la sensation de transfixion, de douleur en broche, ne sont pas signalées.

Par contre, on retrouve les caractéristiques de l'ulcère en ce qui concerne l'apparition et la marche de ces douleurs; c'est-à-dire, cette périodicité précise avec intervalles de sédation plus ou moins longs, sans qu'aucune thérapeutique n'ait été employée.

Notons enfin qu'il est important chez l'enfant de savoir si la douleur a son origine dans la psychose ou s'il existe une maladie organique. Il faut se souvenir alors de cette vieille règle clinique souvent formulée de « ne tenir pour certain, qu'une algie a son origine dans la psychose que si après recherche, on a d'abord exclu l'hypothèse d'une maladie organique. »

Hématémèse.

Il ne semble pas que les hématémèses constituent l'un des symptômes majeurs de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant. Elles manquent même dans les 2/3 des cas cités par M. LASNIER. Nous ne les retrouvons pas dans une proportion plus grande dans nos observations. Cependant, elle prend parfois toute sa valeur diagnostique quand on la retrouve chez de très jeunes enfants. Il faut se rappeler que chez eux, elle est parfois d'une constatation difficile, car elle peut se produire en l'absence de tout témoin.

Ces hématémèses présentent toutes les variétés de colorations depuis le sang rouge vermeil jusqu'au sang digéré marc de café, tantôt elles sont abondantes de la valeur d'un quart de litre de sang, tantôt au contraire, elles prennent les caractères d'un simple vomissement de glaires couleur café au lait. Il résulte donc de ces données que l'hématémèse n'est pas un symptôme majeur dans l'ulcère de l'estomac chez l'enfant. Lorsqu'elle n'est pas évidente il est nécessaire de la rechercher avec peu de chance de succès dans un certain nombre de cas.

Melæna.

Dans la thèse de M. LASNIER, le melæna est considéré comme un symptôme secondaire et il ne lui accorde que peu d'importance « le melæna dit-il ac-

compagne souvent l'hématémèse, dans le cas de GUNTZ, il est l'unique manifestation extérieure de la gastrorragie ». Nous croyons au contraire que c'est un symptôme beaucoup plus constant que l'hématémèse.

S'il ne s'agit pas d'hémorragies évidentes, constatables par le seul examen macroscopiques, des selles, les suffusions sanguines sont décelées par les réactions de Weber et Mayer. Il est indispensable de les pratiquer soigneusement en présence d'un syndrome digestif de cause obscure avec douleur à caractère insolite observé chez un enfant.

D'autres examens peuvent aider le diagnostic. Citons parmi ceux-ci le tubage qui révèle de même que l'analyse des vomissements une hyperchlorhydrie constante et permet de déceler la présence de sang. La radiographie surtout sur laquelle nous reviendrons en y consacrant une étude spéciale.

Nous ne voudrions pas clore le chapitre de la symptomatologie sans parler du retentissement de l'ulcère chronique d'estomac sur l'état général de l'enfant. « C'est un pauvre maigre garçon » que décrit OSFIELD et il n'est pas douteux que l'organisme subit les conséquences de la gastropathie ulcéreuse; très souvent le développement pondérable et staturale est retardé ou profondément entravé. Quelques observations mentionnent même de l'infantilisme.

RADIOGRAPHIE

Pour venir en aide à cette symptomatologie souvent diffuse chez l'enfant, il nous reste la radiographie, qui dans la majorité de nos observations est venue étayer, parfois aider au diagnostic posé.

Nous emprunterons au D^r René A. GUTMANN les considérations radiologiques de son observation sur un ulcère du pylore chez un nourrisson, qui semblent résumer ce que l'on trouve dans les cas typiques.

« L'estomac du nourrisson D... âgé de 8 mois examiné antérieurement par le Docteur BLECHMANN qui a porté le diagnostic d'ulcère gastrique montre un estomac vide à jeun, tonique et mobile. Il existe une stase iléale de 9 heures en rapport probable avec un certain degré de spasme pylorique.

Les radiographies en série montrent sur quatre clichés une tâche arrondie de la grosseur d'un grain de mil, située sur une face de la région pylorique, tout près du pylore. Cette tache est tout à fait semblable aux images de niches de la région pylorique que l'on voit chez l'adulte et dont l'un de nous a publié des schémas et des clichés dans son livre sur le syndrome épigastrique.

Ces images correspondent à des ulcères de l'estomac. Elles sont plus facilement diagnosticables par la radiographie que par l'opération.

Du point de vue radiologique pur, ce cas outre sa grande rareté, est intéressant, parce qu'il met en valeur : deux points sur lesquels nous avons insisté

à plusieurs reprises : nécessité d'un diagnostic clinique qui concentre la recherche radiologique sur une lésion limitée (par opposition aux examens radiologiques dits du tube digestifs).

Nécessité de clichés pour fixer le diagnostic par opposition aux examens uniquement radioscopiques, qui sont tout à fait insuffisants pour déceler les lésions un peu fines. »

Ce seront nos conclusions radiologiques.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons dit au début de notre thèse, la découverte d'un ulcère chronique d'estomac chez l'enfant constitue déjà une épreuve difficile. En établir le diagnostic est chose plus difficile encore, parce que les symptômes classiques manquent ou sont peu caractéristiques chez les enfants très petits. Tout en effet chez le jeune sujet se ligue pour égarer le diagnostic. La meilleure méthode semblerait donc encore d'entreprendre point par point les éléments les plus en vue de la symptomatologie.

On s'aperçoit alors que l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant se présente dans la majorité des cas par l'apparition brusque et tumultueuse d'un syndrome caractérisé par une intolérance gastrique absolue des aliments, révélée par de fréquents vomissements qui ont eu lieu presque tout de suite après l'absorption des aliments; par la présence de douleurs spontanées et provoquées aux endroits caractéristiques de l'épigastre, enfin, par la négativité de tout l'examen objectif du patient, qui en plus est apyrétique.

L'apparitions des hématomèses et du melæna ajoute

encore à ces syndromes, mais l'hyperacidité n'est pas absolument constante.

En ce qui concerne les diagnostics différentiels nous sommes amenés à discuter par ordre de fréquence tout d'abord :

La gastrite aiguë. — Il est bien connu que dans la gastrite tant aiguë que chronique, l'on peut remarquer assez souvent la présence de sang dans les vomissements à cause de la congestion de la muqueuse et peut-être aussi à cause de la stase concomitante.

En outre, il existe presque toujours à l'origine une faute de diététique. La fièvre est constante tout au moins au commencement de la gastrite aiguë, alors que la majorité de nos ulcères sont apyrétiques. Enfin, on ne retire au point de vue thérapeutique aucune amélioration en soumettant nos enfants ulcéreux au repos et à la diète absolue.

L'appendicite aiguë. — Elle apparaît très souvent chez les enfants avec une symptomatologie gastrique imposante, à tel point que MOYLIBRAN a pu décrire une « dyspepsie appendiculaire ».

Il s'agit de cas qui se présentent avec une symptomatologie typique d'ulcère gastrique, dans lesquels peuvent faire défaut les signes appendiculaires locaux et qui ne sont diagnostiqués que sur la table d'opération, par l'évidence d'un estomac normal alors que l'appendice paraît atteint. L'appendicectomie conduit alors à une rapide et totale disparition de tous les phénomènes gastriques.

L'interprétation d'un tel syndrome est basée sur des liens physio-pathologiques existants entre l'estomac et l'appendice et par l'intermédiaire d'un réflexe vagal. On aurait aussi un spasme du pylore dont on a pu constater l'existence réelle au cours de l'intervention chirurgicale.

Sur quelles données peut-on donc se baser pour écarter la possibilité d'appendicite ? L'absence de température semble un bon signe, surtout s'il s'agit d'une manifestation aiguë de l'appendicite, qui s'accompagne presque toujours chez l'enfant d'une perturbation si légère soit-elle de la courbe thermique. Il est vrai qu'il en est tout autrement s'il s'agit d'un cas chronique, mais alors on retrouve dans le passé de l'enfant, des symptômes plus ou moins vagues qui peuvent orienter vers le diagnostic de cette maladie.

En second lieu, s'il est vrai, que l'appendicite puisse provoquer des malaises pré-gastriques et même des vomissements et des douleurs vraies comme dans l'ulcère gastrique il paraît difficile d'admettre que par un simple phénomène réflexe, sans aucun symptôme à la charge de l'organe, que l'on suppose atteint, l'on puisse observer des phénomènes gastriques aussi importants et persistants que ceux que l'on observe dans l'ulcère :

Il n'en reste pas moins vrai que le diagnostic de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant avec l'appendicite est très difficile et ceci semble dû à la grande fréquence avec laquelle on observe cette dernière maladie dans l'enfance et à la gravité du cadre clinique qu'elle présente généralement à cet âge.

Une fois éliminés, le diagnostic de gastrite et d'appendicite, il est assez aisé croyons-nous, de mettre de côté les autres formes morbides que nous devons toujours avoir présentes à l'esprit avant de formuler le diagnostic d'ulcère gastrique. Parmi celles-ci, la névrose gastrique joue un certain rôle. Pour admettre ce syndrome, il faut retrouver les éléments d'un terrain névropathique chez le malade et voir s'il n'existe pas de tare nerveuse dans la famille.

L'absence de jaunisse, de fièvre et de symptômes locaux nous permettront aussi de ne pas s'arrêter au diagnostic d'une lithiasé biliaire, laquelle d'ailleurs est aussi rare chez les enfants que ne l'est l'ulcère chronique. Chacun sait cependant qu'il existe entre la vésicule biliaire et l'estomac un mécanisme réflexe analogue à celui qui existe entre ce dernier organe et l'appendice; grâce auquel l'évolution de la lithiasé biliaire présente parfois une symptomatologie semblable à celle que l'on rencontre dans l'ulcère gastrique.

Nous devons accorder, croyons-nous, une plus grande considération au diagnostic de sténose pylorique. Si cette affection est assez rare chez le grand enfant, elle est par contre fréquente chez le nourrisson. Dans les cas de sténose considérable, la symptomatologie est grave et importante et les hématomèses abondantes, ainsi qu'il en résulte des observations de LAMBOTH MOSER et BOEAS.

Il s'agit toutefois d'un syndrome qui s'établit petit à petit avec des caractères d'absolue chronicité et

dont l'évolution est parfois coupée de crise d'exacerbation.

Un diagnostic difficile est celui des vomissements cycliques, surtout dans les formes frustes. Il convient alors de rechercher l'acétone dans les urines.

La recherche des parasites intestinaux permet d'éliminer l'helminthiase.

Un examen radioscopique permet seul de faire le diagnostic de Mégaduodénum.

Tels sont les principaux éléments du diagnostic clinique et différentiel dont « l'extraordinaire difficulté » doit et peut être surmontée par l'application d'une méthode rigoureuse.

On devra surtout s'attacher à rechercher l'évolution périodique des troubles dyspeptiques avec de longs intervalles de bonne santé apparente, et la persistance des signes sans tendance à l'amélioration. La présence de sang dans les selles a une grosse valeur, mais seul l'examen radioscopique permet de fixer le diagnostic.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS. FORMES CLINIQUES. PRONOSTICS

Les complications sont très fréquentes dans l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant et dans un très grand nombre de cas même, elles ont été l'élément révélateur de l'affection.

Nous n'insisterons pas sur leur description qui est la même que chez l'adulte et nous nous contenterons de les énumérer.

Les hémorragies. Ce sont dans la majorité des cas des hémorragies de moyenne abondance et même de faible abondance. Elles amènent cependant un état d'anémie assez considérable du à leur répétition et la mort de l'enfant en est l'aboutissement.

La perforation. C'est la grosse complication de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant mais cependant beaucoup moins fréquente que dans l'ulcère aigu, puisqu'on ne la retrouve guère que dans un tiers des cas publiés.

Sa symptomatologie semble moins dramatique que chez l'adulte en temps qu'intensité du syndrome douloureux. Il est donc nécessaire de la prévenir.

La cancérisation. Nous ne pouvons conclure à son

existence. Cependant, nous avons retrouvé à l'hôpital de Versailles, l'observation d'une jeune fille de 15 ans opérée sur un diagnostic clinique et radiologique d'ulcère d'estomac.

L'examen histologique de la pièce fut en faveur d'un cancer.

S'agissait-il d'un ulcéro-cancer ?

Les complications de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant sont donc sensiblement les mêmes que chez l'adulte s'accompagnant d'une symptomologie analogue.

Dans le complexe clinique existent des nuances et des signes plus ou moins caractérisées.

On enregistre ainsi des formes complètes ou incomplètes et même des formes latentes, ne se révélant que par l'apparition d'une complication secondaire (péritonite ou hémorragies d'une abondance variable).

Le pronostic des ulcères gastriques observés chez l'enfant n'est pas fatal, certaines formes guérissent. Leur existence peut être affirmée fortuitement par des autopsies montrant chez des adolescents la présence d'ulcères complètement cicatrisés. Certains laissent pourtant des traces sous la forme d'un estomac en sablier ou de sténose pylorique.

Il nous faut cependant retenir d'après la majorité des cas publiés que le pronostic est plus défavorable chez l'enfant que chez l'adulte. Mais d'autre part, il faut admettre que l'attention des praticiens a été si

peu dirigée vers l'ulcère que pour la plupart la possibilité d'un diagnostic de cette maladie n'est pas venu à leur esprit.

C'est pourquoi en général, il n'y eut que les cas graves qui retinrent l'attention et contribuèrent à la statistique, les autres étant étiquetés appendicites ou coliques intestinales.

C'est pour ce motif que nous espérons que les idées actuelles sur le mauvais pronostic de l'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant changeront, surtout si nous aiguillons notre attention sur cette maladie plus que nous ne l'avons fait jusqu'à présent.

CHAPITRE VII

THERAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

C'est à peu près la même thérapeutique que chez l'adulte à la vérité, il faut appliquer sur le champ à l'enfant à la fois les cures diététiques et les médicaments. Nous indiquons la cure suivante : 3 semaines de repos au lit, lait, bouillies, œufs, bicarbonate de chaux et belladone. Dans les cas d'hémorragie, administration de gélatine par la bouche ou par voie sous cutanée, adrénaline et injection sous cutanée de sérum normal de cheval. Les régimes pour ulcères ne contiennent pas des quantités suffisantes de vitamines principalement de vitamines c, et constituent une défectuosité. Il est certain que l'organisme de l'enfant ne peut se passer de l'apport de vitamines pendant la durée d'une cure d'ulcère. Il faut en outre lutter contre les infections de toute nature, dont le processus serait défavorable pour la guérison radicale de l'ulcère lorsque le corps déjà affaibli doit employer ces dernières ressources en vitamine c.

Avec des préparations synthétiques, on peut incorporer des vitamines C sans augmenter la teneur de l'estomac en acidité.

Pour la durée de la cure, le choix et la forme de la diète, il faut se guider sur le degré d'acidité des prélèvements, la présence du sang dans les selles.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

M. de TONI envisage l'opération comme thérapeutique de choix et dit à ce sujet. « Lorsqu'un enfant présente une symptomatologie que l'on puisse d'une façon tangible attribuer à un ulcère gastrique, il faut envisager d'une façon urgente la nécessité d'une intervention opératoire et ce serait une imprudence de tergiverser par une cure médicale et didactique, à l'exemple de celles que l'on emploie et qui se révèlent souvent si efficace dans les âges qui suivent ».

Nous ne croyons pas qu'il faille être aussi absolu et l'on ne doit recourir à l'intervention chirurgicale que dans le cas d'échec de la thérapeutique médicale, ou de complication.

Il faut se rappeler cependant que l'enfant même en bas âge supporte assez bien l'acte chirurgical. Le résultat des opérations effectuées sur des enfants dans les 12 premières années de leur vie a été excellent presque sans exception.

Le procédé de choix est la gastro-entéro-anastomose, toujours praticable chez l'enfant. Dans certains cas, l'exclusion pylorique ou la pyloroplastie ont donné de bons résultats.

Comme chez l'adulte, une préparation bien conduite avant l'opération est de rigueur : prise d'anti-

virus, vaccination générale dans certains cas, étude de la coagulation et du temps de saignement, évaluation de la réserve alcaline. On peut ainsi diminuer considérablement les risques opératoires.

Après l'intervention, il faudra chez l'enfant reprendre très vite une alimentation riche en hydrate de carbone, pour lutter contre l'acidose post-opératoire.

La complication post-opératoire la plus redoutable est la broncho-pneumonie, surtout en milieu hospitalier.

La guérison complète et définitive est la règle après l'intervention. Toutefois, MICHAELSON a rapporté un cas d'ulcère peptique post-opératoire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Ulcère chronique chez un enfant de 15 ans.

*Observation prise dans le service
de M. le Professeur Loeper.*

Garçon de 15 ans venu d'Angoulême en janvier 1921 pour troubles gastriques. N'a jamais souffert de l'estomac jusqu'en 1912, époque à laquelle il eut une crise douloureuse avec vomissement d'une durée de 7 semaines. Les douleurs apparaissent 3 à 4 h. après les repas même et peut-être surtout la nuit. Les vomissements ne se produisent qu'au moment des douleurs. Ils étaient abondants, alimentaires, acides, agaçant les dents et parfois bilieux. Ils s'atténuent et disparaurent vers le 10^e jour par la diète au lait.

Il n'existe pas d'hématémèses mais un peu de fièvre et une constipation opiniâtre qui fut attribuée à l'appendice. Comme la maladie guérit presque sans laisser de traces on ne fait pas l'opération.

En décembre 1918, à la fin de la guerre, alors que le père revenait du front, les malaises digestifs reparurent et allèrent en s'accroissant. Les circonstances firent que l'on ne s'en occupa guère tout d'abord mais ils s'imposèrent à l'attention par leur persistance. Des vomissements relativement peu douloureux se produisirent soit vers 8 h. après les repas du soir et contenant des débris du déjeuner et du dîner. Bientôt très abondants, ils furent encore attribués à l'appendicite.

Ce fut la raison du voyage à Paris. En janvier, l'enfant était amaigri, un peu anémié, sans que cependant se fut manifestée aucune hémorragie. Les selles étaient normales, un peu difficiles. Examinées, elles ne contiennent pas de sang

et n'accusent aucune des recherches classiques de Weber ou de Meyer. L'examen du ventre est d'emblée caractéristique. Il y a des contractions péristaltiques et antipéristaltiques typiques qui cessent par instant et font place à une tension momentanée d'une durée de 3 à 4 minutes.

Les contractions péristaltiques reprennent exagérées par la compression et par le chatouillement de la paroi.

Elles se succèdent à 20 m. environ et persistent à peu près en même temps. Il est impossible de les confondre avec les constriction d'un colon ou d'un grêle.

La radioscopie seule fut pratiquée à Tenon, je crois par DERBOIS ROQUEBERT. Elle montre une stase évidente et un estomac en cuvette. En position couchée, les contractions sont très visibles moins nettes en position debout.

L'estomac à jeun contient du liquide et des alcalins.

Le bismuth que nous utilisons à cette époque montre un fort rendu après 8 h.

Le tubage n'a pas été pratiqué mais un vomissement a été examiné. Pas de globule rouge mais une acidité de H. titre 3.

Le diagnostic de sténose pylorique est patent. On conseille l'opération. Le malade et sa famille s'enfuient littéralement à Angoulême. Je crois que l'opération n'a pas été faite. Je ne sais ce que l'enfant est devenu mais le diagnostic n'est pas douteux. Le père et la mère étaient bien portants, il n'y avait pas de syphilis.

OBSERVATION II.

Observation de M. le Docteur Walter Hirsh de Berlin.

A. H... Jeune homme de 15 ans bien développé, fils unique, enfant gâté, de famille aisée, se plaint de nausées matinales qui s'accroissent jusqu'aux vomissements et rendent la fréquentation de l'école impossible. Considéré par ses parents et le médecin comme un cas psychique même comme un simulateur ce jeune homme est traité pendant des semaines sans succès. Le diagnostic d'une névrose paraît confirmé lorsque le jeune homme au cours d'une consultation déclare au Docteur tantôt qu'il est tout à fait bien portant, tantôt

qu'il a mal à l'estomac, et des nausées; comme l'analyse des sécrétions de l'estomac ne fait apparaître qu'une acidité à peine supérieure à la normale 35/65 qu'il n'y a pas de résidu et que la digestion d'un essai alimentaire est satisfaisant; un médecin spécialiste des maux d'estomac considère ce cas comme le début d'une névrose. On fait alors appel à l'amour propre du jeune homme et on le met en demeure de reprendre son travail.

Là, il souffre de nombreuses douleurs et vomissement et doit être renvoyé chez lui. Avant d'avoir recours à de nouveaux traitements par la suggestion on procède en réalité, à un examen radiographique détaillé lequel à la stupéfaction de tous fait découvrir une niche dénotant un ulcère certain du pylore. Un soigneux examen supplémentaire montre également des symptômes cliniques principalement une corrélation dans le temps entre les malaises, les nausées, les douleurs et les vomissements après les repas, ces douleurs étant d'autant plus fortes que les repas ont été plus abondants.

L'examen microscopique du sang indique un déplacement considérable vers la gauche de 15 % de leucocytes à centre bâtonneux.

OBSERVATION III

Ulcère du Pylore chez un Nourrisson de 8 mois

par

MM. H. Gutmann. — G. Blechmann. — Nemours Auguste.

Nous avons présenté à la société de Pédiatrie¹ l'observation d'un nourrisson qui présentait les signes d'un Ulcère gastrique. La Radiographie a permis de confirmer ce cas et de suivre la lésion sur une face pylorique.

I. — Histoire Clinique.

Le 24 septembre 1929, on nous consulte pour un bel enfant de 10 mois qui, depuis deux mois, vomissait du sang digéré et avait également présenté du mœlena.

Voici un court résumé de l'observation de Philippe D.

Né à terme sans antécédents particuliers, après avoir été nourri 15 jours au sein, cet enfant fut alimenté quelque jours avec du lait sec, puis comme il présentait des troubles digestifs, on lui donna du lait naturel, pur, d'abord, écrémé ensuite, et une première bouillie à l'âge de 4 mois.

Dès les premiers mois, il avait commencé à rejeter son lait après les repas, ces vomissements étaient fréquents, très acides, suivant l'expression maternelle et avaient incité le médecin traitant à éviter le jus de fruits et comme l'enfant ne profitait pas, à prescrire précocement les bouillies.

On lui faisait prendre tous les jours une cuillerée à café de sirop laxatif.

Un mois après sa naissance le nourrisson est atteint d'un eczéma, qui ne disparaît qu'à l'âge de 3 mois. Enfin, il contracte une coqueluche bénigne à l'âge de 5 mois.

C'est en juillet 1929, deux mois avant notre examen que le Bébé séjournant alors à Deauville commence à vomir des glaires café au lait, d'une façon intermittente tous les 8 ou 15 jours. Enfin, on constate du melæna. La présence de sang dans les selles était par deux fois vérifiée par le Laboratoire. 4 jours après, on nous amène l'enfant.

Intrigué par le récit maternel, ne trouvant à l'examen qu'un léger rachitisme sans aucune anémie, sans aucun signe de scoliose, nous suivons notre diagnostic. Nous recommandons le jus de fruits et nous prescrivons une potion au Bismuth.

Nous ne revoyons l'enfant que 2 mois 1/2 après, en décembre, et à l'occasion d'une amygdalite. On nous dit qu'après 3 jours de traitement bismuthique, il n'avait plus présenté ni vomissements, ni hématomèse, ni melæna jusqu'à cette dernière semaine. On l'avait alors purgé et deux jours après, il avait eu de nouveau des vomissements noirâtres, puis les jours suivants quelques glaires, cette fois, teintés par des filets de sang rouge.

Du fait de son angine le nourrisson était faible, pâle et très fatigué.

Emu par la persistance des hémorragies gastriques chez

cet enfant de 13 mois, nous insistons vivement pour qu'aus-sitôt, on l'examine aux rayons X.

Le 3 janvier 1930. R. Nemours obtient les images radio-graphiques que nous soumettons devant la société de Pédiatrie. Notre confrère ayant conclu à un ulcère de la région pylorique, notre ami D. RENÉ, H. GUTMANN a bien voulu étudier les clichés et il a confirmé ce diagnostic.

Nous avons alors prescrit du jus de viande, de l'Hémostyl, d'assez fortes doses de Carbonate de Bi associé à la Bella-done et au Bromure.

Par la suite, en Février 1930, l'enfant a présenté quelques vomissements légèrement teintés de sang digéré et du me-læna 4 jours de suite. En mai 1930, on signale une infime Hématémèse qui fut la dernière. L'enfant avait alors dix neuf mois, il mesurait 0, 85, et pesait 13 kg. 500.

Le 21 juillet 1931, nous revoyons notre jeune patient très gros et très grand, les muqueuses bien colorées.

Il présentait du Rachitisme prédominant aux membres inférieurs et de grosses amygdales.

Nous avons eu de ces nouvelles quelques jours avant cette communication, il était bien portant.

Considérations Radiologiques (Docteurs René A. GUTMANN et NEMOURS Auguste).

L'Estomac du nourrisson D. examiné antérieurement par le Docteur BLECHMANN qui a porté cliniquement le diagnostic d'ulcère gastrique montre un estomac vide à jeun, tonique et mobile. Il existe une stase iléale de 9 h. en rapport probable avec un certain degré de spasme pylorique.

Les Radiographies en série montrent sur quatre clichés une tâche arrondie de la grosseur d'un grain de mil, située sur une face de la région pylorique, tout près du pylore. Cette tâche est toute à la fois semblable aux images de niche de la région pylorique que l'on voit chez l'adulte et dont l'un de nous a publié des schémas et des clichés dans son livre sur les syndromes épigastriques.

Ces images correspondent à des ulcères de l'estomac. Elles sont plus facilement localisables par la Radiographie que par

l'opération. Les niches de la Base du Bulbe duodénal s'accompagne en effet de déformations typiques de l'ulcère duodénal, tandis que les ulcères gastriques laissent le bulbe intact.

Du point de vue radiologique pur, ce cas, outre sa grande rareté est intéressant parcequ'il met en valeur deux points sur lesquels nous avons insisté à plusieurs reprises.

Nécessité d'un diagnostic clinique qui concentre la recherche radiologique sur une région limitée (par oppositions aux examens radiologiques dits de tube digestifs).

Nécessité de clichés pour fixer le diagnostic par opposition aux examens uniquement radioscopiques qui sont tout à fait insuffisants.

En résumé, il s'agit d'un nourrisson, vomisseur depuis le début de sa vie soumis à une alimentation excessive et qui depuis l'âge de 8 mois à 18 mois a vomi du sang digéré et a présenté à plusieurs reprises du melæna.

L'examen radiologique a conclu à une ulcération au niveau du Pylore. Toutes nos recherches bibliographiques ont été infructueuses et nous n'avons trouvé jusqu'à présent aucun cas semblable dans la littérature.

L'Étiologie de l'affection nous échappe complètement.

OBSERVATION IV.

Edouard L..., âgé de 13 ans, admis à l'Hôpital par mes soins le 20 juin 1929, souffrait de très violentes douleurs d'estomac depuis deux semaines environ.

Douleur irradiant à droite, s'accompagnant de nausées et vomissements. Ces vomissements se reproduisaient plusieurs fois chaque jour, depuis le commencement de l'attaque et consistant en une espèce de liquide jaune sans aucune trace de sang. Le malade était constipé. Les selles de couleur normale. Toute nourriture solide augmentait les douleurs et les liquides étaient difficilement tolérés. La mère du malade avait remarqué que les alcalins amélioraient l'état de son enfant.

L'enfant avait déjà été opéré d'une mastoïdite franche séquelle de scarlatine survenue à l'âge de 7 ans. Après un drainage prolongé, la mastoïdite finissait, quand l'oreille droite se mit à couler peu après et continua encore à l'heure actuelle. L'enfant a eu de 15 à 20 crises gastriques douloureuses, semblables à celle précédemment décrits, et ceci sur une période de 5 ans. Ces crises survenaient en général au printemps et forçaient l'enfant à garder le lit pendant 3 ou 4 semaines consécutives. Entre les crises, il ne souffrait pas.

Une amydelectomie fut pratiquée à l'âge de 12 ans. La mère déclare que depuis sa scarlatine, l'enfant n'avait jamais regagné son poids normal, et que sa maladie d'estomac est venue l'année qui a suivi la scarlatine.

A l'examen, l'enfant paraît amaigri, est petit pour son âge, il a l'air déshydraté. L'oreille droite continue à couler, le tympan est perforé, mais l'on ne retrouve pas de trace d'une infection de la mastoïde, la mastoïde gauche est en bon état et l'oreille entend très normalement. On constate que l'enfant a subi l'opération des végétations et des amygdales. La partie haute de l'abdomen est rétracté, le ventre est creusé en bateau, les côtes sont saillantes. La partie inférieure est ballonnée et légèrement voussée à l'exception du quadrant inférieur droit qui présente une légère contraction. La partie supérieure de l'abdomen présente une contraction à maximum dans la partie médiane.

Examens secondaires.

Urines sang réaction de Wassermann et de Tuberculose négatifs.

Pas de sang dans les selles.

Leucocyte 10.400. Polymophonucléose.

D 99 F 37. 1

110.

On mit l'enfant en état d'opération en lui administrant des toniques par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, et en forçant son alimentation pendant 9 jours. L'opération eut lieu le 29 février. L'on découvrit un ulcère perforé d'un diamètre de 2 cm. environ siégeant sur la petite courbure près du cardia, localisé à la fois aux 2 faces de l'estomac mais perforé sur la face gastrique.

OBSERVATION V.

Observation du D^r Viale, Hôpital de Luds.

H. W... Un pauvre maigre garçon, âgé de 13 ans fut admis à l'hôpital général de Luds sous le service du D^r VIALE, le 4 décembre 1931, pour hématomèse.

Histoire. — Quand le malade fut âgé de 11 ans, il eut une série de maux de gorge suivis d'indigestion. Ceci consistait en une douleur de l'épigastre quand il avait faim.

La douleur était si forte qu'elle le réveillait la nuit, il était soulagé par la nourriture et celle-ci était quelquefois accompagné de vomissements.

Les symptômes étaient intermittents, douleurs durant 2 à 3 semaines alternant avec des périodes de calme.

Les douleurs augmentaient graduellement mais ce ne fut pas avant plus d'une année après le début de ce symptôme que le patient fut amené par sa mère chez le docteur.

On ordonne des nourritures fréquentes de petit lait et des alcalins et plus tard une tonsillectomie fut pratiquée. Les symptômes disparurent dans une quinzaine.

Avant le déjeuner du 4 décembre 1931, le garçon eut une soudaine douleur stase dans l'épigastre et au milieu du sternum.

Il était altéré et alors vomit un quart de litre de sang rouge foncé grumeleux.

Il fut admis à l'hôpital le même jour.

Examen physique.

La figure était pâle, ses lèvres et les conjonctions étaient blanches. Pouls 120. Température 36-7.

Il y avait une légère douleur épigastrique.

Il n'y avait aucune évidence d'hémorragie nasale ou buccale.

La rate n'était pas palpable, le cœur, les nerfs, les poumons, les pupilles et l'urine ne montraient rien de particulier.

Aucun « ennemi » septique ne fut trouvé dans le nez, oreille ou gorge.

Examen médical.

Du sang occulte fut trouvé dans les selles. Une numération globulaire montre une anémie faible secondaire.

Un examen de la nourriture montre une haute normale (acidité) c'est-à-dire 1 h. 3/4 après les repas les acides étaient équivalentes à 80 cent p/10 Wasth par 100 c. de contenus gastriques.

Il y avait un léger retard dans le vidage de l'estomac complété après 2 heures 3/4.

L'examen aux rayons X montre un petit cratère ulcéreux sur la face postérieure de l'estomac tout près de la petite courbure (3 doigts du pylore).

EVOLUTION

Le malade fut traité médicalement par un repos prolongé au lit, diète, suivie du régime de Hurst. Huile d'olive et Beladonne furent données alternativement avant les repas. Alcalins après les repas.

Le malade resta au lit après 7 semaines à l'Hôpital et n'eut plus de symptômes après son départ.

Il resta au lit chez lui encore 5 semaines. Le 1^{er} mars 1932, il revient à l'hôpital. Une radiographie fut prise, on ne vit aucun cratère ulcéreux.

Un examen « Relsfuss » montra que la diathèse de l'ulcère gastrique était encore présente.

Il y avait une « haute normale » acciditée qui dans l'examen pris 1 3/4 après le repas, la totalité des acides étaient équivalents à 95 cent p/10 Wasth par 10 cent de contenus gastriques.

Acide chlorhydrique atteint 0,219 % ce qui est équivalent à 60 cent p/10 Wasth par 100 ccm. de contenus gastriques.

Il y avait encore un léger retard dans le vidage de l'estomac complété après 2 h. 3/4. Sept semaines s'étaient écoulées depuis que l'enfant avait quitté l'hôpital.

OBSERVATION VI.

Georges Las..., 4 ans, 7 janvier 1935.

L'enfant âgé de 4 ans entre dans le service de M. le Professeur LEVOEUF le 7 janvier 1935, ayant eu une hématomérose il y a un mois.

Le 12 décembre cet enfant était réveillé vers 6 h. du matin par une envie de vomir. C'est à ce moment qu'il rejette à deux reprises à peu près un verre de sang noirâtre mélangé à des aliments. Le médecin appelé constate qu'il a une contracture généralisée de l'abdomen qui va durer 24 h.

Une seconde fois, à 7 h. 1/2, le soir, il vomit de nouveau un liquide glaireux mais sans trace de sang. Le lendemain et le jour suivant, il a des selles à peine sanglantes.

La veille sa mère s'était aperçue qu'il semblait fatigué se plaignait de douleurs abdominales. Température à 39°.

Depuis environ deux mois, cet enfant souffrait de douleurs dans le ventre en même temps que l'appétit avait diminué, les selles étaient normales, plutôt tendance à la constipation, jamais de sang dans les selles jusqu'au 12 décembre. Un examen oto-rhino élimine l'épistaxis dégluti, maladies antérieures, rougeole, coqueluche, bronchite.

Depuis le 12 décembre.

Pendant 3 jours, température à 39°, le soir l'enfant suit un régime, se plaint de temps en temps de douleurs abdominales, les selles présentent vers le 25 décembre et le 2 janvier du mœléna très léger avec haleine fétide. L'enfant est pâle et abattu. Le toucher rectal ne donne rien.

Le 8 janvier 35 examen radioscopique.

6 h. après l'ingestion l'estomac est vide et la bouillie opaque occupe la fin de l'iléon et du colon sur presque toute son étendue. Il y a 2 repas barytés. Aucune anomalie de courbure mais pylore nettement à droite de la ligne médiane. Liquide en quantité appréciable et augmentant dans la suite de l'examen surnageant la bouillie barytée. L'arête pylorique apparaît nettement dilaté et les contractions péristaltiques sont peu profondes, l'évacuation lente. Le bulbe

duodénal est postérieur par rapport au corps gastrique.

Aucune sensibilité au palper abdominal.

Souplesse et mobilité générale des organes.

Possibilité d'un ulcus gastrique à de la dilatation pré-pylorique.

Examen du sang le 9-1-35.

Hémoglobine 85 %.

G. R., 4.380.000.

G. B., 16.000 leucocytes.

Poly : 75 %.

Tess : 2.

Bass. : 0.

grand : 2.

grand : 14.

lympho : 7.

11-1-35 : Weber positif dans les selles.

16-1-35. Bon état général. Température 38°4. Grippe. Weber négatif dans les selles.

18-1-35. Weber. Selles.

21-1-35. Temps de 6 m.

23 janvier. — Examen radiologique.

Bichat rien à l'estomac.

Possibilité d'ulcère du duodénum.

30 janvier. Weber négatif selles.

1^{er} Janvier. Weber négatif selles.

5 février sort de l'hôpital en bon état ayant repris du poids, l'appétit presque normal.

20 février. Bon état.

25 février 1935.

Réaction de Weber négative dans les selles.

Il faut noter que :

1° Foie et rate normaux.

2° L'enfant a souffert.

3° Qu'il existe une image duodénale anormale.

Nécessité d'examen de chimisme gastrique de nouvelle série duodénale.

Possibilité d'ulcus gastrique vrai.

On retrouve dans tous les clichés une réflexion incom-

plète du bulbe duodénal qui n'est jamais bien nette. Cette image peut être en rapport soit avec une simple insuffisance de réflexion du bulbe, soit avec une péri-duodénite, soit enfin avec un ulcère duodénal sans que rien ne permette de conclure formellement à une image radiographique d'ulcère. Il faut noter également l'existence d'une encoche spasmodique sur la petite courbure de l'estomac au niveau de l'antra prépylorique.

Il y aurait un mœléna seul, on penserait surtout au diverticelle de Meckel. L'existence de l'hématémèse associée à une déformation persistante du bulbe est très en faveur de l'ulcère duodénal.

11 mars. Toujours aucun signe fonctionnel, l'enfant ne souffre ni de l'estomac ni du ventre, il n'a pas eu d'hématémèse depuis qu'il est dans le service.

Réaction de Meyer négative dans les selles. 2 mars 1935, D^r DARBOIS.

Examen du bulbe duodénal en série..

Estomac non ptosé, non dilaté, contenant des traces de liquide de stase.

Pas de déformation des parois.

Le pylore étroit regarde en arrière le bulbe duodénal horizontalement dirigé ne peut être étudié que dans des positions Gaphis, 4 du bulbe duodénal.

10 en série de bulbe en position.

Oblique anti-droite dans ces stations verticales.

Bulbe duodénal circulaire.

Déformation de la base du bulbe.

Pas d'ulcère en activité.

OBSERVATION VII.

Observation Grenet, Hôpital Bretonneau.

Solange Ail, âgée de 14 1/2. Affection, ulcère gastrique.

Antécédents : Père bien portant.

Mère bien portante.

Pas de F. C. Pas d'autres enfants.

A. P. Née à 9 mois; 1.300 grs.

à 2 mois 1/2, réaction méningée convulsions,

coqueluche à 3 mois,

vomissements à partir de 5 ans.

1^{er} examen : 5-4-30.

Le début de troubles gastriques remonte à 5 ans. A cette époque, vomissements teintés de sang. Depuis vomissements avec sang. Quantité de sang. Assez abondante jusqu'à 13 ans. Sang couleur variable.

Selles normales, n'auraient jamais été teintées de sang. Le vomissement n'eût jamais d'horaire fixe. Il en est de même des douleurs qui survenaient seules ou accompagnaient les vomissements. Souvent douleurs extrêmement tenaces immédiatement après la prise d'aliments.

L'état général est bien conservé malgré une anémie marquée.

Examen : Douleurs épigastriques, irradiations, transversales du ventre, douleur courbure pylore, duodénale.

Carrefour.

Pas de signe d'H. E. Hérids.

Foie.

3 mai 1930.

Deux heures après, l'absorption de gélobarine on constate qu'il y en a une très petite quantité dans le grêle.

Les contractions sont cependant violentes, assez nombreuses, mais pas efficaces.

La région pylorique est déformée et l'évacuation du pylore au duodénum se fait par un petit canal. Présence de grandes quantités de liquide résiduel.

OBSERVATION VIII.

Observation du Dr Giovanni de Toni.

E. Eduardo, 10 ans, de Bologne.

L'enfant fut amené aux consultations du matin de la clinique le 29 août 1929. Il fut hospitalisé de suite. La maladie

dont il souffrait s'était révélée une dizaine de jours auparavant et l'avait frappé en pleine santé. Il s'était plaint d'une forte douleur dans région rétro-auriculaire droite qui se prolongea pendant deux jours et l'importunait même pendant son sommeil. Après cela, le petit cesse de se plaindre et pendant, 2 jours, il se porte bien. Le cinquième jour, au moment où il était en train de jouer, il fut à l'improviste pris de vomissements qui ont pour effet de lui faire rendre les résidus du repas précédent. Ramené chez lui, les vomissements se répètent d'abord en grande partie composés d'aliments, ensuite constitués par des matières semi-liquides, grumeleuses, sèches en mucus, d'un couleur jaune verdâtre et d'une odeur fort acide. Depuis lors, les vomissements se sont répétés fréquemment : trois, quatre, cinq et même plus, par 24 heures, interrompant quelquefois même le sommeil de la nuit. La température prise souvent ne donne pas de fièvre. L'enfant accusait continuellement des douleurs de l'épigastre. Un médecin après avoir tenté inutilement de purger l'enfant (car il rendait la purge aussitôt après l'avoir ingurgitée) envoie le malade à notre clinique avec un diagnostic de gastrite aiguë. Pour compléter l'anamnèse qui suit, je dirai que dans les jours qui précédèrent son admission, le petit malade avait présenté une « stypsie » obstinée à diurèse minime. Puis il était tourmenté par une soif intense provenant certainement de l'impossibilité de garder dans l'estomac, les aliments exclusivement liquides qu'on lui administrait.

L'anamnèse familiale, elle, nous dit seulement que le père eut en étant jeune, une pleurésie sèche et des rhumatismes articulaires aigus; depuis, il n'a plus eu aucune maladie. C'est un ouvrier de fabrique d'eaux gazeuses. La mère n'a jamais été malade, elle a eu deux enfants ainsi qu'un avortement de deux mois 1/2. Pas de spécificité chez les deux parents, réaction Wassermann sur le sang des parents du petit est complètement négative. Pas d'alcoolisme ni d'autres tares dans la famille du malade. La petite sœur du malade est âgée de 5 ans; elle a été aussi admise à la clinique, il y a quelques mois pour des fièvres.

Elle en est sortie guérie et jouit maintenant d'une bonne

santé. L'anamnèse personnelle de l'enfant nous dit-elle, qu'il est né aux termes d'une grossesse normale, de couches physiologiques. Il fut nourri au sein seulement pendant quarante jours et soumis ensuite à l'allaitement artificiel. Il eut sa première dent à 3 mois et fit ses premiers pas à 9 mois. Il a été vacciné par deux fois et il n'a pas encore souffert des maladies ordinaires de l'enfance.

A l'âge de 1 an 1/2, il eut le « pertone ». A l'âge de deux ans, il eut une petite infection prolongée, baptisée par le vulgaire du nom de fièvre typhoïde. Il ne semble point cependant que l'on ait effectué des contrôles diagnostiques. Je terminerai en disant que l'enfant présentait depuis quelques mois des manifestations impetigineuses cutanées de caractère discret.

A l'examen objectif, le petit frappait avant tout par l'expression souffrante du visage. La constitution du patient que l'on peut observer sommairement après un examen général apparaissait du type microsplémique. La gravité de l'état et surtout le bref séjour en clinique nous empêchèrent d'effectuer les mensurations habituelles. L'épiderme se présentait sec et un peu pâle. Le panicle adipeux est assez petit, les muqueuses sont au contraire d'un coloris normal mais elles aussi plutôt arides. Masses musculaires bien développées, de ton normal. Rien à la charge de l'ossature et des articulations, glandes lymphatiques petites et normales. Tête : tympanisme crânien normal, à la charge des bulbes oculaires quelques secousses de « nystagmus » horizontal; mobilité des bulbes normales, rien à la conjonctive. Nez normal. Lèvres très arides, gencives un peu rougies, quelques dents cariées, la langue est recouverte d'un empâtement épais. L'haleine est mauvaise. Les amygdales sont un peu hyperplastiques mais on ne remarque pas de faits congestifs aigus. Pas de marques suspectes adénoïdes. Cou normal, on ne palpe pas la thyroïde.

Thorax de forme normale. La respiration est plutôt costale inférieure. On compte 27 actes respiratoires à la minute. Signe de De la Camp à la troisième vertèbre dorsale. L'examen inspectif, palpatif, plexique et auscultatif de l'appareil

respiratoire apparaît tout à fait négatif. Le pouls est de 76 pulsations à la minute. De même l'examen cardiaque est absolument négatif.

En examinant l'abdomen, l'on constate que le foie déborde d'environ un doigt; on ne sent pas au palper la vésicule et on ne provoque pas de douleur à l'endroit cystique. Rien au palper de la rate. L'abdomen est légèrement tympanique, au palper on provoque une légère ou une vive douleur suivant que la palpation est ou non modérée à la région épigastrique et qui se répercute vers le côté gauche.

La douleur se répand aussi sur le reste de la surface de l'abdomen. Le foyer douloureux réside à peu près au milieu de la ligne xyphoombilicale de 2 cc. à l'extérieur de la ligne médiane vers la gauche. Les endroits appendiculaires ne sont pas particulièrement douloureux. L'on remarque un hoquet obstiné et fréquent. La vessie urinaire est presque pleine et l'enfant accuse une légère douleur en urinant, rien à l'appareil génital.

A l'examen du système nerveux, les sensibilités tactiles, thoraciques profondes et douloureuses sont toutes très bien conservées. L'enfant se plaint d'une médiocre céphalée. Réflexes plantaires en flexion, cremastériens normaux et abdominaux présents. Les réflexes pathologiques sont très vifs. Clonus du pied bilatéral présent, les réflexes occipitaux et capitaux normaux. Normaux les réflexes des muscles et ceux des pupilles. La mobilité passive est anormale; tous les mouvements actifs peuvent être exécutés, ils sont normaux tant au point de vue force musculaire qu'au point de vue coordination. Rien à la charge des nerfs crâniens. Le tronc du facial n'est pas excitable mécaniquement. En recherchant les symptômes méningés, on constate que la nuque n'est pas rigide; la flexion de la tête par conséquent provoque une légère douleur qui se transmet aux deux vertèbres dorsales. Les signes de Kernig et de Brudzinsky manquent; il n'y a pas non plus de dermatographisme rouge.

Voici exposées sommairement les données de l'examen objectif à l'aide desquelles et avec l'appui des résultats des recherches anamnésiques, je formule le diagnostic d'un pro-

nable ulcère gastrique. Je prescrivis alors à l'enfant un jeûne absolu en ne permettant que quelques petits morceaux de glace afin de combattre l'ardente aridité de la gorge; dans le but de revivifier les tissus et de stimuler la diurèse, je fis pratiquer de fréquents petits clystères de solutions physiologiques générales, je joignis deux clystères nutritifs par jour, injections de lécitine et surtout de spasmalgine par une hypodermique. Malgré ces soins, dans l'après-midi même du jour de l'admission, 29 août, on eut de nouveaux vomissements accompagnés par de fortes douleurs. Les substances qui étaient rejetées étaient composées d'une espèce de liquide d'une couleur rougeâtre avec des traces évidents de mucus. La réaction était faiblement acide. A l'examen microscopiques de très nombreux globules rouges bien conservés. Les vomissements se sont répétés par deux fois après minuit présentant toujours les mêmes caractères. Le petit a eu aussi pendant la nuit une décharge liquide dans laquelle le sang est évident, soit à l'examen microscopique, qu'à la recherche clinique.

Le matin suivant 30 août, à l'heure de la visite, je trouve le petit un peu plus calme, il est toujours très abattu, le pouls est à 76, assez solide et rythmique, pas d'efforts vomitifs; le hoquet a disparu. L'haleine est cependant toujours très fétide presque féculente (?). A l'examen objectif général aucun fait nouveau. L'examen des urines qui sont recueillies par faible quantité et non sans peine parce que l'émission est toujours douloureuse donne comme résultats : aspect limpide, couleur jaune chargée, réaction acide, albumine présente glucose absent, urobiline des traces, acétone abondante présence d'une façon évidente. L'examen microscopique du sédiment montre de nombreuses cellules vésicales par écaillage et quelques globules blancs.

Profitant de la légère amélioration du malade constatée dans l'ensemble, je fis effectuer dans cette même matinée l'examen radiologique du tube gastro-entérique. L'examen fut pratiqué par des radiologues de notre clinique, le docteur SINGHINOLFI et le Docteur GIACOMINI. Voici le résultat dicté par le Docteur SINGHINOLFI. La radiologie préliminaire de

l'abdomen effectuée à jeun, malgré l'existence d'une stagnation de liquide dans l'estomac se révélant sous forme d'ample niveau horizontal. Un repas opaque ayant été administré, l'on constate une absorption normale de l'œsophage, et l'on trouve un estomac plus ample que la normale dans lequel le péristaltisme et l'activité péristaltique apparaissent en premier lieu déficients. Le malade étant dans la position debout, le profil de la grande courbure au niveau de la « bicrestvilica » (fig. 1). Pas d'images diverticulaires ni de spasmes le long des deux courbures en profil. Douleur tendant à s'étendre sur la surface de projection gastrique, à la pression, un peu plus accentuée cependant sur le trajet moyen de la petite courbure, en simulant presque le long de cette dernière des formations diverticulaires (fig. II). Parallèlement à l'augmentation du ton musculaire on note une réduction des diamètres de l'ombre gastrique. Dans l'un des radiogrammes effectués à ce moment (fig. III) on constate la présence d'un profond sillon déterminé par un spasme annulaire qui sectionne transversalement l'ombre gastrique et qui va de la grande courbure au niveau de la cavité vers le haut et la petite courbure. Le vidage gastrique s'effectue dans 7 heures. Le profil du bulbe duodénal est normal. Rien à signaler à l'iléon et au gros.

Ce résultat, comme on le voit, ne présente aucunes marques spéciales radiologiques vraiment caractéristique de l'ulcère gastro-duodénal; toutefois, méritait d'être pris en considération l'important retard du vidage du contenu gastrique. Aussi je restai ferme dans ma conviction de l'existence de l'ulcère.

1) Le résultat radiologique ne donne pas dans ce cas cette réponse catégorique que très souvent permettait certains cas d'U. G. D. A ce propos, il serait opportun de relever que l'ulcération comme nous le verrons était située sur la paroi postérieure, non loin de la grande courbure par conséquent dans une zone presque invisible. A ce point de vue, il peut être intéressant de relever du côté du diagnostic qu'une des radiographies (fig. III) avait mis en évidence un profond sillon déterminé par un spasme annulaire, vraisemblablement au milieu de l'ulcère même, lequel toutefois étant donné la position restait caché.

Vers le soir du 30 et pendant la nuit qui suivit, l'enfant eut deux décharges liquides dans lesquelles étaient évidentes des restes du repas de bismuth et surtout encore des traces de sang visibles déjà microscopiquement, et ensuite confirmées par l'examen chimique. Du reste, l'enfant passa une nuit et une journée assez tranquilles avec à peine quelques envies de vomissements et de temps en temps quelques sanglots.

Au matin du 31 à la visite habituelle, je trouve l'enfant assez soulagé. En outre des symptômes déjà mentionnés par les précédents examens et qui restent les mêmes, je remarque que l'abdomen est quelque peu tympanique et en légère défense musculaire surtout pour le rectum à gauche. Le malade accuse des douleurs même spontanées mais qui s'exacerbent à la pression, conjointement à la région gastrique.

La vessie urinaire apparaît très détendue, l'émission est très faible et très douloureuse. En considération de ces symptômes à la charge de l'appareil excréteur, je prescris pour le patient des compresses gauches et humides sur le bas ventre et un peu d'helmitole.

Peu après, la visite, le malade a une crise aiguë de rétention urinaire; grâce aux compresses, il peut enfin émettre spontanément. En considération de la persistante intolérance gastrique, qui mettait l'enfant dans un état de véritable inanition, les liquides et les aliments introduits par nous ne pouvant être considérés comme suffisants (par la voie rectale) je me convainquis de la nécessité d'une intervention chirurgicale et demandait l'avis du collègue, professeur, aide de la clinique chirurgicale. Après lui avoir exposé les données anamnésiques ainsi que les antécédents du décours morbide par moi observés, et même naturellement les résultats radiologiques, le chirurgien procède lui-même à un soigneux examen du patient. Son attention fut spécialement attirée par l'état douloureux de la zone hypogastrique, il remarque plutôt une sensibilité plus accentuée (conjointement aux abords) des points appendiculaires, soit à l'examen extérieur, soit par la voie rectale. Il en conclut par cela même que probablement tout le syndrome devait être lié à l'étio-

logie appendiculaire et nous conseille de transporter le malade à la clinique chirurgicale, afin de le mieux observer. Naturellement, je consentis au transport du malade dans l'autre clinique me promettant de ne point le perdre de vue.

Le transport eut lieu dans la matinée du 1^{er} septembre après une nuit quelque peu agitée à cause du hoquet. L'enfant était toujours assez fatigué avec 82 pulsations, à la minute et apparaissait las et épuisé. Dans les dernières 24 heures, il n'avait eu qu'un seul vomissement toujours composé par une espèce de liquide contenant en abondance du mucus et du sang.

Pour compléter l'exposé des examens effectués pendant les trois jours de séjour dans notre clinique je rappellerai la réaction tuberculeuse à la Pirquet avec des résultats absolument négatifs.

L'enfant entra donc à la clinique chirurgicale dirigée par le Professeur B. NIGRISONI le 1^{er} septembre. La symptomatologie présentée par le malade laissa les chirurgiens quelque peu dans l'incertitude d'autant plus que dans les premiers jours l'intolérance gastrique paraissait s'être légèrement améliorée mais les vomissements continuaient hématisés et aussi l'émission de melæna avec hématomèses, par lesquelles l'enfant s'anémiait rapidement. Ensuite, apparaissent de nouvelles et importantes hématomèses et le petit mourut le 27 septembre avec un diagnostic de probable gastrite hémorragique.

L'autopsie effectuée le lendemain à l'Institut d'anatomie pathologique dirigé par le P^r TAROZZI donna le résultat suivant (Docteur G. DIGNINI).

Conformation squelettique : normale. Nutrition déficiente. Epiderme pâle, sans plaques d'hypostase à la nuque, au dos, aux fesses. Cavité crânienne rachitique, ouverture impraticable.

Cavité thoracique. Tyme d'un volume normal. Les plèvres sont lisses, luisantes et contiennent quelques cm³ d'un liquide limpide très fluide. Péricarde normal. Le cœur se présente normal de forme et de volume, ses cavités sont d'une ampleur normale, de même que les appareils valvulaires. Myo-

carde très pâle, d'une couleur grisâtre. Poumons normaux par le volume, de constitution molle. A la coupe craquant de partout. De la surface de section qui est d'une couleur rose pâle sort une petite quantité d'un liquide un peu ocré. Glandes du hile normales, à l'examen externe et à la coupe. Œsophage et aorte rien à remarquer.

A l'ouverture de la cavité abdominale, le péritoine se présente lisse, luisant, presque dépourvu de liquide fluide. La rate est petite, pauvre de sang. L'estomac est d'une capacité normale et contient une faible quantité d'un liquide d'une couleur brunâtre. Sur la paroi postérieure, voisine de la grande courbure à environ 6 ou 7 centimètres de l'orifice pylorique, on observe une ulcération de forme allongée et irrégulièrement ovale. Le plus grand diamètre (dans le sens de la longueur) mesure environ 11 mm., tandis que le plus petit, transversal celui-ci, en mesure 8. Les bords apparaissent assez relevés, et d'une consistance un peu renforcée. Le fond de l'ulcère est moutonnant et d'une couleur gris rose. L'entrée d'une petite artère est évidente, recouverte d'un petit « thrombus » (fig. IV).

Intestin. Contient une notable quantité de liquide hématique; il paraît tout à fait normal. Appendice normal à l'examen externe et à la coupe. Pancréas : rien à signaler. Foie : volume, forme et aspect extérieur normaux. A la coupe, on observe la couleur très pâle du parenchyme. Sur-rénales rien à remarquer. Reins normaux à l'examen extérieur et à la coupe si l'on excepte une légère pâleur. Vessie en pose détendue. Contient abondamment d'urine. La muqueuse est normale. Appareil génital : rien à signaler.

Diagnostic anatomique : Anémie généralisée. Ulcère gastrique de la paroi postérieure à proximité de la grande courbure.

J'ai effectué personnellement l'examen histologique de l'ulcération ainsi que de la muqueuse de l'estomac contigu au fond et à la part pylorique. Par scrupule personnel, j'ai voulu aussi examiner l'appendice qui apparaît parfaitement intact, au microscope. J'omet donc le compte rendu de ce dernier examen et laisse de côté l'appendice. Bien que le

cadavre ait été conservé en place, la muqueuse présentait les habituels phénomènes dus à l'autodigestion. Tout naturellement la « description » commença tout de suite après ces phénomènes. A l'examen microscopique, on observe tout d'abord une ample perte de substance qui intéresse la muqueuse, la submuqueuse et une grande partie de la couche musculaire. Le fond de l'ulcère se présente moutonnant, il est constitué par le tissu musculaire nécrotique dont la structure n'est plus reconnaissable dans la partie de sa surface laquelle apparaît dépourvue de fibrine et d'exsudats de toute autre espèce. Au milieu des tissus musculaires nécrotiques résident çà et là quelques noyaux moléculaires ayant perdu l'aspect normal et présentant de graves phénomènes de « cariorexe et de piénose ». Plus profondément vers la séreuse, le dessin des fibres musculaires lisses apparaît mieux conservé; elles sont cependant assez enflées par l'œdème et le noyau n'est pas homogène et il est méconnaissable. On remarque un œdème assez important dans le « périnise » (?) ainsi qu'une infiltration plutôt faible d'éléments migratoires. Aucune marque de prolifération réactive de la part du connectif. Dans la zone nécrotique, les vaisseaux ne sont plus évidents et apparents, ils sont effacés; dans la portion plus profonde on voit encore quelques-uns d'ouverts mais avec des marques de profondes altérations régressives dans les parois. Plus de traces d'hémorragies et les tissus apparaissent pauvres de sang.

Venons-en à l'examen des bords de l'ulcère. D'un côté est bien visible l'aspect étagé; tandis que de l'autre côté la perte de substance descend régulièrement en forme d'entonnoir. En bordure de l'ulcère sont encore présents des résidus de glandes en général réduites au simple stroma connectif; l'épithélium de revêtement et le glandulaire sont effilochés ou dégénérés tout à fait et même les noyaux des connectifs ne sont pas très colorés mais altérés. Quelques tubules glandulaires apparaissent presque frappées par une nécrose de coagulation, en tant qu'elles conservent intactes les formes et la configuration des éléments lesquels cependant ont perdu toute électivité reconnaissable.

L'épithélium ne présente aucune tentative de régénération et de prolifération. Les éléments migratoires sont en faible quantité dans la couche glandulaire et dans la muqueuse musculaire. Ils sont plus nombreux dans la submuqueuse et dans la couche musculaire malgré leur quantité encore déficiente (fig. V).

Les sections exécutées près de la « parspylorica » et au fond de l'ulcère permettent d'observer seulement un œdème, assez intense de la muqueuse et des couches plus profondes avec des infiltrations considérables de cellules migratoires constituées en grande partie par des lymphocytes; plus rares sont les polynucléaires très rares les plus mazellines. Les follicules solitaires se présentent ramollies, tuméfiées et infiltrées. L'on n'observe pas d'érosions hémorragiques, la muqueuse apparaît pauvre de sang.

Diagnostic histologique. Ulcère simple rond de l'estomac, vraisemblablement assez récent. Les examens bactériologiques ne furent pas effectués s'agissant de matériel prélevé à 24 heures de distance du décès. En examinant les sections avec de forts agrandissements on observe de nombreux germes d'une forme bacillaire qui rappelle celle de *B. coli*; on les remarque indifféremment sur le terrain de l'ulcère et sur les parties de la paroi gastrique qui ont assez éloignées. Aussi à cette remarque nous n'avons accordé aucune valeur.

Cette partie d'histoire clinique que nous venons de rapporter si nous cherchons à la résumer brièvement se réfère à un enfant âgé de 10 ans sur lequel en l'absence de tout « turbe » (trouble) prémonitoires de la part de l'appareil gastro-entérique, s'est établi un syndrome en présence duquel j'ai cru pouvoir sans plus formuler un diagnostic d'ulcère gastrique. Successivement, se sont produites d'abondantes hématomésés qui se sont fréquemment renouvelées conduisant l'enfant à la mort. L'autopsie a confirmé l'existence d'un ulcère situé dans la paroi postérieure de l'estomac à proximité de la grande courbure. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une ulcération vraisemblablement assez récente. De l'apparition des premiers symptômes se rapportant à l'appareil gastro-entérique à la mort quinze jours seulement s'écoulèrent.

OBSERVATION IX.

Ulcère de l'estomac chez l'enfant.

Par M. Larget, J.-P. Lamare et R. Weyl.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas typique d'ulcère de l'estomac chez l'enfant.

Odette Pr., 12 ans.

Le 12 juin 1932, nous recevons une fillette âgée de 12 ans qui depuis le 6 juin vomissait du sang.

Le début apparent de la maladie remontait au mois de Juillet 1931. Il était survenu à la suite d'une « grippe » bénigne.

Depuis cette date, l'enfant se plaignait souvent de douleurs abdominales : douleurs peu intenses, siégeant au creux épigastrique, sans irradiation, n'apparaissant pas à heure fixe, et ne s'accompagnant d'aucun trouble de l'état général. Ces phénomènes dyspeptiques disparurent complètement de septembre à fin décembre 1931.

En début de 1932, les douleurs abdominales réapparaissent et présentent alors des caractères plus nets : sensation de pesanteur survenant en moyenne trois heures après les repas, de siège épigastrique, sans irradiation, calmées par la position couchée. Parfois survient un vomissement alimentaire. Mais il convient d'insister sur le fait que tous ces troubles sont minimes et ne revêtent en rien l'aspect d'une crise douloureuse intense. La période de « crise » dure environ quinze jours et apparaît à peu près tous les deux mois. L'état général de l'enfant reste excellent.

Toutefois, au mois de Mai 1932, les parents s'inquiètent de la répétition des douleurs qui s'accompagnent alors de perte de l'appétit et d'un léger amaigrissement. Un médecin consulté à cette époque, frappé du teint mat avec varicosités aux pommettes de l'enfant, attribue au foie l'origine des troubles dyspeptiques, mais un traitement, dirigé dans ce sens, n'amène aucune amélioration.

Le 6 juin, à 20 h. 1/2, l'enfant qui avait pris son repas à 19 heures, se met à vomir des aliments, puis du sang rouge avec quelques caillots. Malgré le traitement par la diète et le repos absolus, l'hématémèse se répète dans la nuit, accompagnée de vomissements bilieux. Le lendemain : apparition de mēlæna. Les jours suivants une sédation notable se produit, mais le 11 et le 12 juin les vomissements bilieux puis sanglants se reproduisent, et l'enfant est amenée à l'hôpital.

L'enfant est pâle, avec un léger subictère, mais l'état général est bon dans l'ensemble. Il s'agit d'une fillette de constitution normale, d'intelligence éveillée, et au début de la puberté.

La température est à 37°. Le pouls à 100. L'abdomen est souple et l'on trouve un point douloureux à l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane.

Le foie et la rate sont légèrement augmentés de volume.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier.

La recherche des différentes dystrophies qui pourraient faire penser à l'hérédo-syphilis est absolument négative. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est également négative. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni acétone.

L'étude des antécédents personnels et héréditaires ne nous a pas révélé de faits bien particuliers : l'enfant est né à terme, pesant 3 kgs 1/2, et a été élevé au lait de vache. Sa croissance fut normale. Une rougeole sans gravité est survenue à l'âge de 6 ans. Depuis, la fillette a été régulièrement à l'école sans interruption. On ne relève dans l'anamnèse ni traumatisme, ni corps étrangers gastriques, ni infection grave. Rien ne peut faire penser à la tuberculose. Par moments, l'enfant semble avoir eu des poussées de subictère avec migraine.

D'ailleurs la mère a également le teint très mat et elle est sujette à des migraines fréquentes avec urticaire. Elle n'a pas de troubles dyspeptiques. Son B. W. dans le sang est négatif. Le père de l'enfant est en bonne santé apparente.

En somme, l'examen clinique pouvait seul orienter le diagnostic.

L'apparition, chez cette fillette d'aspect normal, d'hématémèses abondantes, apyrétiques, avec point douloureux épigastrique, l'existence d'un long passé dyspeptique avec douleurs évoluant par crises, devait tout naturellement faire penser à un ulcère gastrique.

L'examen radioscopique pratiqué deux jours après l'entrée, par le D^r JARRY, radiologiste de l'hôpital, montre un estomac dont le remplissage est normal. Les ondes péristaltiques prennent naissance au bout de 3 minutes. Hyperpéristaltisme avec hyperkinésie. Le premier passage a lieu au bout de 10 minutes. Le bulbe reste injecté pendant une longue période et son évacuation est très lente. Sa petite courbure est rigide et il existe un point douloureux à ce niveau. On note un certain degré de brassage dans la deuxième portion du duodénum. Au bout de 6 heures, l'évacuation de l'estomac est complète.

Cet aspect radiologique fait penser à un ulcère du bulbe duodénal avec sténose pylorique spasmodique légère.

On décide d'opérer. La veille de l'opération, un lavage de l'estomac est pratiqué, et une injection (par la sonde) de bouillon vaccin (staphylo-coli-stepto-entérocoques) suivant la technique habituellement employée dans le service avant les interventions gastriques.

L'opération est pratiquée le 22 juin, par le D^r LARGET; la laparotomie médiane sus-ombilicale révèle sur le bord supérieur de la portion mobile du duodénum, une petite zone indurée, entourée de plis radiés. La séreuse est intacte, mais la palpation révèle au centre de l'induration une ulcération nettement perceptible, de 3/4 de cm. de diamètre environ. On pratique une gastro-entérostomie transmésocolique au bistouri électrique. Les sutures sont faites sans ouverture de la muqueuse qui est effondrée avec le doigt à la fin de l'opération (procédé de PAUCHET).

Les suites opératoires sont très bonnes. Les agrafes sont enlevées le 7^e jour. L'alimentation est reprise progressivement, mais rapidement. L'enfant sort de l'hôpital, 13 jours après l'opération.

Nous la revoyons un mois après. Son état général est ex-

cellent. Son teint s'est éclairci. Le poids est normal. Les douleurs n'ont pas reparu. L'examen sous écran montre un bon fonctionnement de la bouche d'anastomose.

Nous avons eu des nouvelles de l'enfant 3 mois après l'opération : son état de santé se maintient excellent.

CONCLUSIONS

L'ulcère chronique d'estomac chez l'enfant est une affection d'un diagnostic difficile dont l'étiologie et la pathogénie sont encore obscures.

On le rencontre à la fois chez le nourrisson et chez l'enfant.

Chez le nourrisson son existence peut être soupçonnée toutes les fois où l'on se trouve en présence d'athrepsiques qui vomissent, qui paraissent souffrir après les repas, et qui ont du melæna ou plus rarement une hématomèse.

Chez le jeune enfant, sa symptomatologie présente beaucoup d'analogie avec celle de l'adulte.

Nous ne croyons pas qu'il faille porter un pronostic aussi défavorable que celui émis par l'opinion classique surtout si l'attention des praticiens est attirée d'emblée vers l'hypothèse de cette affection.

Il est justiciable d'un traitement médical qui ne diffère pas de celui que l'on emploie chez l'adulte. L'intervention chirurgicale ne doit être conseillée que si l'enfant a au-dessus de deux ans ou si les ressources de la thérapeutique n'ont amené chez lui aucune amélioration dans l'état digestif.

Vu :
LE DOYEN,
G. ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABGAROFF (V. O.). -- Case of gastric ulcer in a child. (*Vestnik Roentgen radiol.* 6, 527-529, 1928).
- ARLOING (P.). — Les Ulcérations de l'estomac aux différents âges de la vie. *Thèse de Lyon*.
- ARMINGEAT (Jean). — Quelques aperçus sur l'ulcère digestif de l'enfant. (*La Semaine des Hôp. de Paris*, N° 4, 28 février 1934).
- BOAS (S.). — Ueber relative Pylomostenose. *Zt. f. Forth.*, 1904, pag. 124.
- BROCA. — Chirurgie Infantile. Paris, Steinheil, 1914.
- BROWNING (H. W.). — Hemorrhage from stomach and bowels (in baby 4 days old). (*J. Arkansas. M. soc.*, 23, 163-164, Mars 1927).
- CADE. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (1898).
- CARRO. — Un cas d'ulcère gastrique chez l'enfant. (*Revisita de cirurg. de Barcelona*, N° 24, Déc. 1932).
- CEBALLOS. — Ulcere de estomajo en una-niña de ocho años. *Semana med.*, 1925, N° 22.
- DEPIERRIS. — Contribution à l'ulcère de l'estomac chez l'enfant. (*Thèse de Bordeaux*, 1933-34).
- DUHARIN et TRESLTON (M.). — Ulcères multiples de l'estomac avec septicémie à staphylocoque chez un nouveau-né. (*The Journal of pediatrics*, vol. IV. Janv. 1934, N° 4, p. 39. *Le Nourrisson*, N° 3, Mai 1935).
- GIOVANNI DI TONI. — *Archivio Italiano di Chirurgica*, Anna 1930.
- HERZ (F.). — Ulcus ventriculi mit gastritis bei einem 10 Jahre alten kinde. (*Roentgen praxis*, 2, 1077-1080, 1^{er} déc. 1930).
- HUTINEL (B.). -- Les maladies des Enfants, Tome III, 1909.
- KAUFMAN. — Ulcère gastrique dans l'enfance, N° 55. *Zentralbl. f. der. Gesam. Therap.* Sept. 1909.
- KOPLIK. — *Citato dans Pans*.

- KLEINSCHMIDT. — H. Ulzeröse prozesse in Mazem Darmtraktitis). *Pzaaundles v. Schlossmann*, T. : III, p. 314-315, 1931.
- LAMBOTTE. — Contribution à l'étude des grandes hémorragies stomacales dans les gastrites chroniques. *Ann. Soc. Belge d. Chir., Déc.* 1899.
- LARJET-LAMARE et WEYL. — Ulcère de l'Estomac chez l'enfant. *Bul. Médical*, 1932.
- LASNIER (A.). — Ulcère chronique d'estomac chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1908-1909.
- LÉE (W. E.) et WELS (I. R.). — Perforation in utero od a gastric Ulcus. *Arm. of surg.*, 1923, vol. 78, p. 36.
- LOEBER. — Gastric ulcer in a girl 3 years old report of case. (*Achiv. f. Pediat.*, 46, 578-583, Sept. 1929).
- MAZZITELLI (P.). — Ulcera dello stomaco perforata. Asecco-perigastro con diffusione lungo le clopsoas destro ed usura del retto abdominale in uno banbina di tie anni mezzo Atti, VIII. *Conf. prat. ital.*, 1936.
- NADJI-SAIK. — Contribution à l'Etude des hémorragies intestinales au cours de la première enfance. *Revue Française de Pédiatrie*, 1930.
- NIXON (J. A.) et FRASER (A. D.). — Peptic Ulcer in new born. (*Archiv. dis. Childhood*, 3; 157-162, June 1928).
- NORRLIN. — Quelques réflexions à propos d'un cas de perforation dans le péritoine libre d'un ulcère calleux de l'estomac chez une fillette de 7 ans. *Acta chir. scandi.*, 1932, 56, page 309.
- PALMER (S. W.). — Duodenal. Ulcer -in enfancy. *Ann. of surg.*, 1921, vol. 73, page 545.
- PACCHINI (D.) et ROSSETTO (A.). — Ulcère rond de l'Estomac. *Semma v. Couba*. T. I, p. 401-402, 1931.
- PANS (N.). — Zwei Fätte von ulcus ventriculi im kiudesalter. *Acta chir. scand.*, 1926, vol. 61°, page 40.
- POMBARD (Pierre). — Ulcère gastrique chez l'enfant. (Sténose du Pylore par Ulcus chez une fillette de 10 ans, gastro-entérostomie, guérison). (*L'Algérie Médicale*, Juin 1936).
- PROCTOR (O.). — Chronic. peptic ulcer in childhood. *Surg. Gynec. a obstetr.*, 1925, vol. 41°, page 63.

- RAVINA. — Les rapports des ulcérations gastriques avec les altérations du système nerveux central. *Presse Méd.*, 1933, page 96.
- ROCHER (H. L.). — L'Ulcère d'estomac chez l'enfant. *Revue Française de Pédiatrie*, 1934.
- SANCTI (M.). — *Chirurgia dell addome Torino. U. T. E. T.*, 1914.
- SCHIFF (M.). — Leçons sur la Physiologie de la digestion. (Florence v. Turin, II, parte 1867, page 165).
- SCHWAAB et PETOURLIER. — Ulcère de l'estomac chez un nouveau-né extrait par opération césarienne. *Bull. soc. obst.*, Paris, 1928, N° 10.
- THEILE (P.). — Ueber Geschwürsbildungen des gastroduodenaltractus im Kinderalter. *Erjelm. d'inn. Medij. s. u. Kinderheile*, 1919, 16°, page 302.
- WETERHOUSE. — *Zu Lancet*, 1910.
- WEIL et PÉHU. — Traité de de RIBADEAU-DUMAS, Mai 1936.
- WELTER-HIRSCH. — Das Ulcus. Ventriculi de Buddinbeim Kinde, Berlin, 1935.

